

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE INFORMACIÓN RECOPIADA EN
EL DOCUMENTO 008 DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA SALA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA Y DEL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, DE LA CIUDAD DE QUITO.

JUAN FRANCISCO BELTRÁN VALDIVIESO

CLARA DE LOURDES RAMOS ÁVILA

DIRECTOR: DR: ESTEBAN SALAZAR

QUITO, 2013

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE INFORMACIÓN RECOPIADA EN
EL DOCUMENTO 008 DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA SALA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS PICHINCHA Y DEL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, DE LA CIUDAD DE QUITO.

AGRADECIMIENTOS

A **nuestras familias y los buenos amigos**, por la comprensión y el apoyo.

De todo corazón, a nuestro maestro y amigo **Esteban Salazar**,
por hacer de nuestro trabajo el suyo.

DEDICATORIA

Dedicado a María de Lourdes y Victoria, mi razón, mi corazón y mi alma.

Francisco.

Dedicado a mi padre que siempre está conmigo, siempre.

A mi madre , hermanos y mi sobrina Daniela por su apoyo incondicional.

Clara.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN.....	X
CAPÍTULO I	
Introducción.....	1
CAPÍTULO II	
Revisión Bibliográfica.....	3
CAPÍTULO III	
Metodología.....	16
Operacionalización de variables.....	16
Diseño del estudio.....	16
Muestra.....	17
Procedimiento de recolección de información	17
Plan de análisis de datos.....	17
Aspectos Bioéticos.....	18
Recursos utilizados.....	18
CAPÍTULO IV	
Resultados.....	19
CAPÍTULO V	
Discusión.....	32

CONTENIDO	PÁGINA
CAPÍTULO VI	
Conclusiones.....	33
CAPÍTULO VII	
Recomendaciones.....	34
CITAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXO.....	40

LISTA DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
TABLA 1. Tabla descriptiva por Institución de Salud.....	19

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	PÁGINA
FIGURA 1. Legibilidad de la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCAM.....	20
FIGURA 2. Legibilidad de la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCP.....	21
FIGURA 3. Coherencia de la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCAM.....	22
FIGURA 4. Coherencia de la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCP.....	23
FIGURA 5. Complementación de la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCAM.....	24
FIGURA 6. Complementación de la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCP.....	25
FIGURA 7. Horario de atención en la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCAM.....	26
FIGURA 8. Horario de atención en la hoja de atención de emergencia (forma 008) en el HCP.....	27
FIGURA 9. Día de atención de la hoja de emergencia (forma 008) en el HCAM.....	28

FIGURA	PÁGINA
FIGURA 10. Día de atención de la hoja de emergencia (forma 008)	
en el HCP.....	29
FIGURA 11. Responsable de la hoja de atención de emergencia (forma 008)	
en el HCAM.....	30
FIGURA 12. Responsable de la hoja de atención de emergencia (forma 008)	
en el HCP.....	31

RESUMEN

El estudio intentara determinar los diferentes tipos de errores cometidos en la redacción y recolección de datos en la historia clínica (documento 008) en el servicio de emergencia de una institución de salud privada de 3er nivel y una institución pública de 3er nivel. Al cuantificar los mismos el objetivo será tener información clara y objetiva, como punto de partida para incentivar acciones pertinentes en el futuro para mejorar la atención en salud en el ámbito local y nacional. Por medio de la recolección simple de datos, de forma aleatoria, de historias clínicas de emergencia de pacientes atendidos en la sala de emergencia de una entidad privada y otra publica de complejidad similar, cuyos datos sean extrapolables a las demás instituciones de iguales características y con objetivos comunes.

Palabras clave

Información, documento 008, sala de emergencia.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La inadecuada utilización, al momento de obtener información de los pacientes, del documento 008 en las salas de emergencia, acarrea consecuencias negativas en varios ámbitos de la práctica médica. Por tal razón, se hace necesario determinar aquellas falencias para obtener pautas con el objetivo de disminuir al mínimo este tipo de situaciones conflictivas en la atención en salud en las salas de emergencia.

Las falencias en la recolección de información en la forma 008 en los servicios de emergencia para la recolección de datos de pacientes que acuden con diagnóstico de cualquier índole, conlleva varios problemas de tipo legal, epidemiológico y económico, razón por la cual se hace indispensable medir el alcance de cada uno de ellos con el propósito de disminuir, en primer lugar, los conflictos legales que conllevan a litigio en desmedro, sea de la calidad de vida de los pacientes o del profesionalismo del personal de salud que labora en la sala de emergencia, en segundo lugar optimizar los registros epidemiológicos tanto de la morbilidad y la mortalidad en las salas de emergencia, con el objetivo de poseer registros verdaderos en base a los cuales tener un punto de partida claro y confiable para poder intervenir con políticas de acción adecuadas en miras de mejorar la atención en las salas de emergencia; y tercero, secundario al anterior, optimizar los recursos tanto personales como económicos para una adecuada atención en los servicios de emergencia. A nivel local y nacional, no existe información acerca de esta problemática, es por esta razón que resultara interesante conocer lo que está sucediendo en este aspecto. A nivel mundial existe alguna información acerca del problema, la cual describe algunos porcentajes importantes en cuanto a la calidad de información que se plasma en la historia clínica obtenida en los servicios de emergencia, así pues se exponen datos tan interesantes como legibilidad de las historias, con porcentajes que van desde el 60% hasta el 95% de claridad de la información. Otro dato revela altos porcentajes de precisión en la descripción de los antecedentes y la enfermedad actual, que bordean el 100% en casi todos los estudios realizados. Pero también hay aspectos tan interesantes como la existencia de muy bajos porcentajes de descripción de ítems como la hora

de atención, un 35% apenas, o la identificación del médico que brindó la atención, un 13% solamente¹.

Con estos antecedentes será de mucha utilidad conocer la situación local, en estos aspectos, con el objetivo de medir los errores y corregir los mismos en beneficio del sistema de salud local.

CAPITULO II

REVISION BIBLIOGRÁFICA

En la búsqueda de una respuesta, que fuera más allá de lo que la experiencia profana pudiera caracterizar como historia clínica, se pudo definir la historia clínica (HC), como el conjunto de documentos surgidos de la relación entre el médico y el paciente y, a partir de la segunda mitad del siglo XX, como el registro de la relación que se establece entre los usuarios y el hospital o la atención primaria. (1)

La HC se considera como el único documento válido desde los puntos de vista clínico y legal a todos los niveles de atención en salud. Con frecuencia, en el campo de la atención primaria, la historia clínica se denomina como historia de salud. (1)

Aunque adquiere un nivel de importancia mayor en la relación médico-paciente, a partir de la segunda mitad del siglo XX, puede afirmarse que es un instrumento utilizado desde los albores de la humanidad.

Pueden considerarse como "prehistorias clínicas" los relatos patográficos contenidos en el papiro Edwin Smith del año 1700 AC encontrados en Egipto, o las lápidas votivas con el nombre y la dolencia que produjo el fallecimiento del paciente, descubiertas en el templo de Epidauro del año 400 al 500 AC en Grecia. (2,3)

Ahora bien, los primeros relatos con información clínica se deben a los "médicos" hipocráticos del siglo V (AC), quienes sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia profesional ante la enfermedad individual de sus pacientes; algo que, de hecho, les servía de herramienta fundamental, tanto para el tratamiento a otros pacientes con signos y síntomas similares como para enseñar a sus aprendices. (3)

Hoy, con el desarrollo de la medicina, ese documento no se limita a narrar o exponer hechos simples, como tal vez expusieran aquellos médicos hipocráticos, sino que incluyen juicios, documentos, procedimientos, informaciones y el consentimiento del paciente; en fin, es un registro que se desarrolla con el tiempo y que documenta la relación médico-paciente. Es por ello, que cuando se habla de la historia clínica, se puede afirmar que, en principio, es un documento privado, personal, que posee determinadas características éticas, legales, docentes, estadísticas y médicas. (1)

Según Rey y Rinessi, (4) la HC es el instrumento oficial que adopta la llamada ficha médica como un borrador en algunas situaciones. Estos autores establecen que la HC es un registro de datos médicos sobre el diagnóstico, terapia y evolución de la enfermedad del paciente, y estiman, a su vez, que no es simplemente un banco de datos, porque, además de registrar datos y circunstancias, también recoge la opinión del profesional sobre la evolución de la enfermedad, las opiniones de otros facultativos cuando existen inter-consultas o los cambios de terapia según las evaluaciones que realice el titular.

Desde el punto de vista clínico, puede entonces afirmarse que la HC se origina con el primer episodio de la enfermedad o el control de salud, en cuyo contexto se atiende al paciente, sea en la atención primaria o secundaria.

La HC es el documento principal en el sistema de información hospitalaria, imprescindible en sus vertientes asistencial y administrativa. Constituye, además, el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad y de ello, su trascendencia como documento legal. (1)

Por esta razón, la HC es uno de los elementos fundamentales en la medicina institucional que se ejerce en nuestros días. Dicho documento es la fuente que, además de recoger todo un informe de salud, comunica el pensamiento médico, registra observaciones, diagnósticos e intervenciones que reflejan uno o varios problemas; sin embargo, su formato tradicional enfrenta diversas dificultades, que se han hecho evidentes durante la práctica diaria como es su deterioro o pérdida, debido a que la historia convencional, en su formato de papel, sólo puede existir en un lugar y en un momento determinado, en condiciones determinadas, así como la presencia de una escritura pobre, ilegible e incompleta que dificulta la interpretación del mensaje que se pretende enviar. Otra de sus limitaciones es que sólo puede contribuir de forma pasiva a la toma de decisiones y esto dificulta el análisis con fines científicos o de planeamiento de estrategias de salud. (5)

La HC no es una acumulación de datos sin conexión. Es un documento que debe cumplir con múltiples requisitos: registro secuencial, permitir la docencia y la comunicación, control de calidad, proporcionar recursos para realizar investigación clínica, entre los más importantes (6)

Según la "Enciclopedia española universal", disponible en Internet, la HC consta de nueve episodios o partes fundamentales: (1)

- Anamnesis próxima: Información que surge de la entrevista con el paciente; en principio, es un medio para su identificación.
- Anamnesis remota: Información, tanto sobre los antecedentes personales del paciente como la relacionada con los familiares en el acontecer de salud.
- Examen físico: Información resultante del examen y observación física del paciente.
- Impresiones diagnósticas: Registra uno o varios diagnósticos, realizados a partir de los hallazgos recogidos en el examen físico, sustentados por la anamnesis. Comprende los nombres de las enfermedades sistémicas y orales.
- Exámenes complementarios: Información sobre los resultados de las biopsias, imagenología, análisis de laboratorio, entre otras, que el facultativo solicita para confirmar un diagnóstico.
- Diagnósticos definitivos: Información sobre las enfermedades o afecciones que presenta el paciente.
- Pronóstico: Indica la probabilidad de éxito o fracaso del tratamiento que se realizará.
- Plan (tratamiento): Se consignan todas las etapas del tratamiento. Se realiza en forma ordenada y lógica. Se debe contemplar el tratamiento ideal y el tratamiento real para que el paciente escoja según sus condiciones el plan que más se adecue a sus necesidades y capacidades.
- Evolución: Registra paso a paso cada uno de los procedimientos aplicados y sus posibles complicaciones, la medicación ordenada, los materiales utilizados, la técnica anestésica utilizada, la hora de la atención, la duración del procedimiento, el estado en que se recibe el paciente y cómo evoluciona.
- Epicrisis: Es el resumen de los aspectos más relevantes de la atención que se ha brindado al paciente. Se debe anotar: identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual y aspectos más sobresalientes de la evolución de la enfermedad. Se utiliza para realizar interconsultas o remitir al paciente.

La anamnesis próxima se encuentra estructurada sobre la base de dos aspectos, que pueden considerarse esenciales: identificar al paciente y el problema principal o motivo de la consulta (enfermedad actual). (1)

Más adelante, en la sección "Antecedentes", aparece una subdivisión de "Antecedentes sociales y personales", en la que es posible extenderse sobre aspectos que permiten conocer mejor al paciente como individuo. (1)

En el momento de comenzar a escribir la HC, se anota:

- Fecha y hora en que se inicia la HC.
- Nombre completo del paciente
- Edad
- Sexo

Eventualmente, se agrega:

- Teléfono o dirección.
- A quién avisar en caso de necesidad.
- Previsión
- Actividad que desempeña.

En pacientes menores de edad, con trastornos mentales y en aquellos casos que presenten pérdida de la conciencia, y que por ello no son capaces de aportar datos confiables para su historia, conviene señalar la fuente de dónde proviene la información, por ejemplo, madre, algún familiar con quien vive o un testigo, un elemento muy importante cuando la HC puede convertirse en el documento probatorio de la relación médico-paciente, aun en el caso de que la relación ocurra entre el paciente y el establecimiento asistencial, o con la obra social, o la institución médica, siempre que coincida totalmente con los otros documentos de la prestación asistencial, y su contenido no refleje imprecisiones, omisiones o inexactitudes. (4)

Además, se deben registrar los hábitos del paciente, así como los antecedentes relacionados con el uso de medicamentos. (1)

Entre los hábitos que se investigan destacan:

- El hábito de fumar (tabaquismo).
- La ingestión de bebidas alcohólicas.
- El tipo de alimentación.
- El uso de drogas no legales: consumo de marihuana, cocaína, etc.

Cuando se habla de los antecedentes sobre el uso de medicamentos, es importante identificar que medicamentos toma el paciente y en qué cantidad. En algunos casos, también,

se debe indicar cuáles fueron los fármacos que el paciente recibió en los días o semanas anteriores.

El modelo clásico de historia clínica está centrado en la atención secuencial del paciente independientemente de porqué se lo atiende o qué servicio o especialidad lo atiende. (6)

En la década del '60, el microbiólogo Lawrence Weed desarrolló un modelo de historia clínica que permitía hacer un registro dinámico de la información (7), favorecía la comunicación, la docencia y la investigación, a la vez que daba libertad para consignar aquellos eventos relacionados con los cuidados de los pacientes que hasta el momento no habían sido tenidos en cuenta porque no eran diagnósticos médicos. A dichos eventos los definió como "problemas" y a esta historia la denominó "historia clínica orientada a problemas" (HCOP). A lo largo del tiempo el modelo sufrió varias modificaciones y adaptaciones (6)

En 1986 la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, comenzó una investigación y desarrollo a largo plazo para construir un Sistema de Lenguaje Médico Unificado⁷ (UMLS). El propósito del UMLS es contribuir al desarrollo de sistema que ayuden a los profesionales de la salud y a los investigadores a recuperar e integrar la información biomédica electrónica de distintas fuentes y facilitar a los usuarios la unión de información de sistemas completamente diferentes, incluyendo registros computados de pacientes (HC), bases de datos bibliográficos, bases de datos actuales y sistemas expertos (3)

La historia clínica electrónica (HCE) es aquella en la cual la información antes mencionada con respecto a la HC se captura en forma electrónica, digital, informatizada, es decir, no se utiliza el papel y el bolígrafo sino que se registra con un teclado o directamente con la voz del profesional interviniente. El soporte donde se escribe es el "electrónico" en todas sus formas: discos rígidos, discos compactos, discos ópticos, diskettes, cintas magnéticas y muchas más, que se irán desarrollando en el futuro. Una definición más técnica sería la de un conjunto global y estructurado de información, en relación con la asistencia médico sanitaria de un paciente individual, cuyo soporte permite que sea almacenada, procesada y transmitida mediante sistemas informáticos (3)

Que un médico pueda disponer de toda la información generada por un paciente a lo largo de toda su vida, sin importar en cuántos centros ni de qué localidades se le ha tratado, y que toda esa información esté disponible en cuestión de segundos, es una de los grandes retos

de cualquier sociedad avanzada. Sin embargo, estamos hablando de un objetivo de una enorme complejidad cuya consecución no es ni sencilla ni rápida por varios motivos. Uno de los más importantes, sin duda, se refiere al almacenamiento de la información (3)

El Instituto de Medicina de la National Academy of Sciences en los Estados Unidos declaró que una HCE es una tecnología esencial para la atención de la salud. (9,11, 18)

La historia clínica no es un documento notarial. Ningún médico utiliza la historia clínica para el registro de todo lo que ha sucedido en la consulta. En la historia clínica sólo se anota la información relevante para el seguimiento del paciente. Aunque la atención clínica es la que soporta y genera la historia, ésta tiene otras aplicaciones en gestión, evaluación, planificación, formación, investigación y aspectos médico-legales (3)

La anotación en la historia clínica permite identificar a un paciente que; solicitó servicios profesionales, a su propia iniciativa o de un tercero, en un momento y lugar dado. Fue atendido por un profesional concreto, quien identificó uno o varios problemas de salud. Inició un proceso lógico de atención tendente a resolverlos o a atenuar sus consecuencias (3)

En este punto es menester recordar algunos acontecimientos históricos que han cimentado la estructura actual de la documentación oficial que se utiliza en la mayoría de los servicios de salud de nuestro país.

En 1967 se creó el Ministerio de Salud Pública que asumió las competencias de la Junta Nacional de Asistencia Social, la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA) y otras entidades semipúblicas. Hasta ese momento los formularios de la Historia Clínica tenían un formato diseñado de acuerdo a criterios clínicos definidos por los diferentes servicios de salud.

En 1972 mediante decreto supremo Nro. 200 se creó el Comité Nacional de Coordinación y Desarrollo de las Estadísticas de Salud y de Historia Clínica, como un organismo asesor del MSP, integrado por representantes de la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador, Federación Nacional de Médicos y del MSP. El Decreto estableció la obligatoriedad de la Historia Clínica Única y del Sistema Estadístico como un conjunto de formularios y métodos de registro médico y estadístico a ser utilizados en los establecimientos hospitalarios del estado, instituciones de derecho público, semipúblico y autónomas y en las

instituciones de derecho privado, de acuerdo con el instructivo y manual de procedimientos dictado por el MSP.

A fines de 1972, la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, difundió el Manual de Registros Médicos y Estadística e implanto la utilización de los formularios diseñados en los establecimientos públicos de salud.

Entre 1995 y 1996, la Dirección General de Salud y la Dirección de Planificación, integraron una comisión ministerial para analizar las posibilidades de actualización de la Historia Clínica.

Entre febrero y septiembre de 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del MSP, en cumplimiento de la cuarta transitoria del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, elaboró la propuesta de rediseño de los formularios básicos.

Entre octubre y noviembre de 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento convocó a la Comisión Ministerial de la Historia Clínica, integrada por delegados de la Dirección Nacional de Áreas de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, División de Estadística y de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud Pública-UASP, encargada del Sistema Común de Información-SISALUD, para presentar y discutir la propuesta.

En diciembre de 2003, la Comisión aprobó la propuesta para su presentación ante el Consejo Nacional de Salud-CONASA.

En enero de 2004, el MSP presentó la propuesta ante el Directorio del CONASA.

En enero de 2005, el CONASA conformó una Comisión ad-hoc de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, Hospital Pablo Arturo Suárez, Universidad Tecnológica Equinoccial y Sociedad Ecuatoriana de Medicina Interna, con el apoyo técnico de OPS. En agosto de ese mismo año esta comisión presentó la propuesta al CONASA y esta a su vez la envió al MSP.

En febrero de 2006, la Dirección Nacional de Salud, con el propósito de coordinar las reformas y elaborar los formularios definitivos, reintegró la Comisión Ministerial de la Historia Clínica con personal técnico de las direcciones de Aseguramiento de la Calidad, Normatización, Servicios de Salud, Calificación de Demanda y Oferta, Salud Pública y Ciencia y Tecnología.

En octubre de 2006, el Directorio del CONASA, aprobó el expediente único para la Historia Clínica, con 14 formularios básicos.

En enero de 2007, mediante acuerdo ministerial se aprobó la utilización de los formularios básicos actualizados de la Historia Clínica Única y de los formularios del Registro Medico Orientado por Problemas.

En febrero de 2007, la Dirección Nacional de Salud dispuso al Proceso de Aseguramiento de la Calidad la elaboración de un plan de implementación y evaluación de los formularios de la Historia Clínica, aprobados con el CONASA.

En julio de 2007, el equipo técnico de la Comisión de Historia Clínica realizó la implementación-evaluación de los formularios actualizados de la Historia Clínica Única en 80 unidades operativas del MSP en las provincias de Guayas y Pichincha. Los resultados establecieron que el 72% de los participantes aprobó el documento sin cambios, mientras que el 28% presentó observaciones, principalmente al formato.

Así pues, cuando un individuo solicita atención en la sala de emergencia, sus datos serán registrados en una forma especial de recolección de los mismos llamada historia clínica de emergencias, que en nuestro medio se conoce con el nombre de formulario 008.

El formulario 008 es el instrumento oficial, en nuestro medio, en el cual el personal que labora en los servicios de emergencia recopila los datos del paciente. Este documento posee características especiales las cuales permiten resumir los datos más relevantes que permitirán un acercamiento diagnóstico y un tratamiento inmediato acorde a las circunstancias en que se lleva a cabo esta atención médica.

El formulario 008 es un documento oficial creado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Sus características están fundamentadas en el criterio técnico de expertos que trabajan en los servicios de emergencia de nuestro medio. Este documento está formado por las siguientes secciones:

1. Registro de admisión: en esta sección se registran los datos de identificación del paciente.
2. Motivo de consulta: en la cual se detalla la información del tipo de emergencia por la cual acude el paciente, ya sea por causa traumática, clínica, gineco-obstétrica, quirúrgica o de otra índole especial, y la hora de atención.

3. Accidente, violencia, intoxicación, envenenamiento o quemadura: se registran los datos sobre fecha, hora, lugar, dirección y el tipo de evento.
4. Antecedentes personales y familiares: se indican alergias, antecedentes clínicos, ginecológicos, traumatológicos, quirúrgicos, farmacológicos, psiquiátricos y espacio para otros antecedentes diferentes a los anotados.
5. Enfermedad Actual: en donde se describe con mayor detalle el motivo de consulta.
6. Signos vitales: se registran los signos vitales, a continuación: peso, talla, Glasgow, reacción pupilar y llenado capilar.
7. Examen físico: información sobre la evaluación y observación del paciente.
8. Localización de lesiones: esquema que permite graficar y señalar el tipo de lesión que presenta el paciente.
9. Emergencia obstétrica: es un registro de datos ginecológicos y obstétricos tales como gestas, partos, abortos, cesáreas, fecha de última menstruación, semanas de gestación, movimiento fetal, frecuencia cardíaca fetal, membranas rotas, tiempo, altura uterina, presentación, dilatación, borramiento, plano, pelvis útil, contracciones.
10. Solicitud de exámenes: registro de los exámenes complementarios de laboratorio e imagen que se realizaran al paciente.
11. Diagnósticos de ingreso: debe constar el o los nombres de los diagnósticos iniciales luego de la evaluación clínica.
12. Diagnósticos de alta: Los diagnósticos definitivos luego de evaluación con exámenes complementarios cuando paciente ingresa a hospitalización o es dado de alta.
13. Plan de tratamiento: son las indicaciones que se dejarán para el paciente y los medicamentos a administrar.
14. Alta: registro del destino del paciente, es decir, al domicilio, observación, internación y el estado en el que se encuentra; por último el registro de fecha y hora de salida del paciente, nombre y firma del médico responsable.

La revisión más reciente de este documento fue realizada en el año 2007, en donde el CONASA (Consejo Nacional de Salud) definió oficialmente la estructuración de los diferentes formularios utilizados en los servicios de salud, entre ellos, la hoja 008 de atención en emergencias.

Como se puede advertir la estructura del formulario 008 es diferente al de una historia clínica típica, ya que se trata de un documento especial en donde se registra de forma resumida la información del paciente que acude a un servicio de emergencia.

En nuestro país no existe aún una ley que regule la forma en que el médico guarde su información. Por lo tanto, mientras que en el país se respeten los códigos, leyes y decretos, (con respecto al secreto médico), no hay legislación ni jurisprudencia que determinen que la historia clínica tenga que ser llevada en una forma determinada, por esto, se concluye y por el principio de omisión, *queda a criterio de los profesionales médicos actuantes la elección del medio más conveniente para llevar los mismos.*

La atención de enfermos críticos impone demandas excepcionales a los médicos y las enfermeras, para la toma de decisiones se debe almacenar, procesar y utilizar una gran cantidad de datos. El enorme crecimiento de la cantidad de información médica, la demanda de atención efectiva en relación con el costo y la necesidad de documentar y justificar porque se toman las decisiones clínicas han impuesto una gran carga sobre el equipo de asistencia médica. La concentración en el tratamiento de los enfermos críticos ha tomado en extremo importante la adquisición y el uso correcto de los datos. (8)

La información de la Historia Clínica debe ser fácil de recuperar y revisar en una relación temporal con los datos asociados, y en contradicción a esto la Historia Clínica escrita a mano tiene varias limitaciones: podría ser físicamente inaccesible porque solo puede ser usada por una persona en un lugar y momento dado, con acceso a la información solo en el orden en que fue registrada, asimismo esta información suele ser ilegible, por ende la recuperación puede ser imposible, lenta o susceptible a error. Puede ocurrir cambio de información de una Historia Clínica a otra (al caerse un complementario o una hoja de la Historia Clínica se puede introducir en otra por equivocación y después extraviarse) e induce al error o a la repetición innecesaria de complementarios. La recuperación de datos de la Historia Clínica para investigación insume tiempo y es engorrosa porque debe ser efectuada de forma manual. Otra gran limitación es que solo puede contribuir de forma pasiva a la toma de decisiones, lo que dificulta el análisis con fines científicos o de planeamiento de estrategias de salud. (8,13,14,15) Las críticas a las Historias Clínicas manuales son especialmente pertinentes en la Historia Clínica de terapia intensiva debido a la gran cantidad de datos recolectados y a la presión de tomar decisiones terapéuticas rápidas. (16,17)

En Estados Unidos el 13% de los hospitales están informatizados y el 32% están iniciando un plan de informatización. En países como Inglaterra cerca del 100% de los médicos de atención primaria tienen una HCE. En América Latina su validez legal está aún en discusión. En la Argentina se ha comenzado a informatizar muy lentamente el conjunto de la documentación médica.

El uso creciente de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) es uno de los elementos clave que está detrás de la transformación experimentada por los servicios sanitarios en los últimos años.

Hoy las TIC están presentes tanto en los procesos de gestión como en los clínicos y permiten al sistema sanitario disponer de mayor y mejor información acerca de su propia actividad y resultados. Su desarrollo, por tanto, constituye un factor estratégico para todos los servicios de salud y consecuentemente, para toda la sociedad. (1)

Para enmarcar el concepto “TIC sanitarias” se puede recurrir a la definición del término eHealth que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe *“Building Foundations for eHealth”*. En dicha publicación, la Organización Mundial de la Salud define el concepto eHealth o eSalud como *“el uso, en el sector de la salud, de información digital, transmitida, almacenada u obtenida electrónicamente para el apoyo al cuidado de la salud tanto a nivel local como a distancia”*.

La historia clínica informatizada en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) a través de la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación, pretende mejorar la asistencia sanitaria incrementando la seguridad de la información que se maneja, el acceso a la misma desde cualquier centro o servicio del sistema, favorecer la equidad en acceso a la cartera de servicios del sistema de salud y contribuir a la implantación de la gestión clínica entre otros aspectos.

En comparación con otras unidades hospitalarias, el servicio de urgencias presenta algunas características distintivas propias. La atención de salud urgente es un proceso de colaboración entre diferentes profesionales en un contexto donde se trabaja bajo presión y donde el resultado, no sólo depende de los conocimientos de los profesionales, sino también de la rapidez en la respuesta, trabajando en ocasiones con recursos limitados.

Por ello, la gestión de los tiempos asistenciales, la gestión segura de las áreas asistenciales y la adquisición rápida de información relevante del paciente son los pilares que cualquier historia electrónica de urgencias debe manejar.

La informatización de nuestros servicios de urgencias ha dejado de ser un lujo para convertirse en una necesidad que no podemos eludir y es una responsabilidad tanto de las instituciones como de los propios profesionales que trabajamos en el ámbito de las urgencias y las emergencias.

La informática en la medicina de urgencias y emergencias está transformando y mejorando los sistemas de atención prehospitalaria y las intervenciones de los servicios de urgencias hospitalarios y es una de nuestras herramientas más importantes para mejorar la atención (2)

Cuando se plantea la informatización de un servicio de urgencias los profesionales deben estar convencidos de que no hay otro camino para mejorar la calidad del servicio y se debe contar con el apoyo de todo el equipo. Pero aun así surgen interrogantes sobre: ¿cómo empezar?, ¿se enlentecerá la asistencia?, ¿se colapsará urgencias? o ¿cómo se implicarán el resto de especialidades?

Aunque existe un acuerdo general sobre las ventajas de la historia clínica electrónica, también existe acuerdo sobre las dificultades que tiene su implantación. Los fracasos y las dificultades suelen deberse a varios motivos, como que se disponga de recursos insuficientes, a la inadecuación del sistema al trabajo de los profesionales y al factor humano. En lo referente al factor humano debe destacarse el gran cambio que supone el tratamiento informático de los datos de salud con respecto al sistema tradicional. (3)

La informatización de aquellos servicios que nacen con una infraestructura informática implantada no resulta tan compleja como para aquellos centros cuyos profesionales llevan toda la vida trabajando de forma manual (con papel). Las costumbres adquiridas con el paso de los años se convierten en una dificultad añadida a la hora de dar el salto a la automatización. Por ello, uno de los objetivos fundamentales de toda aplicación informatizada de un servicio como el de urgencias es que debe ser útil a los profesionales. El sistema debe acoplarse al servicio de urgencias y, para ello, se deben conseguir herramientas ergonómicas que faciliten la realización de las tareas más habituales sin necesidad de invertir el tiempo en navegar por todo el sistema. La usabilidad, medida de calidad sobre la facilidad de utilización de un interfaz,

contempla cinco componentes que se deben tener en cuenta: facilidad en el aprendizaje por parte de los usuarios, eficiencia en la ejecución de tareas, facilidad de memorización, frecuencia y gravedad en la comisión de errores y grado de satisfacción de los usuarios.

En las primeras fases de implantación, para la mayoría de los profesionales, ponerse al día en el empleo de los sistemas de información va a suponer un sobreesfuerzo y un cambio de cultura. Estos sistemas están desviando los quehaceres médicos desde su posición junto al paciente hacia otra frente al ordenador; los emergenciólogos deben adaptarse a esta nueva forma de trabajo y afrontar los retos y beneficios de la atención asistida por ordenador. (2) Por ello, es necesario hacer una valoración del impacto que esto puede tener a nivel asistencial y establecer los apoyos del personal que se requieran, para minimizar estos efectos, y la experiencia demuestra que tras utilizar estas herramientas nadie se plantea volver atrás.

En estos casos, la gestión del cambio se convierte en algo esencial y para que un proyecto de informatización funcione hay que controlar una serie de aspectos clave:

- El sistema debe responder a la demanda de los usuarios.
- Configurar un equipo multidisciplinar.
- Implantar las mejores soluciones del mercado e integrarlas correctamente.
- La implantación del sistema debe ir seguida de la desaparición del papel impidiendo que ambos sistemas convivan.
- Gestionar el cambio a través de campañas de información interna, “hacer conocido lo desconocido”.
- Compromiso de la dirección con el servicio proporcionando material suficiente y respuesta inmediata a las incidencias.

La clave del éxito se encuentra en que los profesionales participen activamente en el proyecto y lo conviertan en suyo (la informatización en emergencias)

CAPITULO III

METODOLOGÍA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Legibilidad	La información recopilada en el documento 008 es legible o no	-Legible -Ilegible	Porcentaje
Coherencia de la redacción	La redacción de la información recopilada en el documento 008 es coherente o no lo es	-Coherente -Incoherente	Porcentaje
Cantidad de información omitida	La información solicitada en el documento 008 está completa o incompleta	-Completa -Incompleta	Porcentaje
Hora de atención	Hora de atención del paciente	-Diurno -Nocturno	Porcentaje
Día de atención	Día de atención del paciente	-De lunes a Viernes -Fin de semana o feriado	Porcentaje

DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal.

MUESTRA

El universo de la muestra está compuesta por los documentos (forma 008) de pacientes que acceden a atención de emergencia en instituciones privadas y públicas de la ciudad de Quito, específicamente aquellos documentos de atención en emergencia de pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de Marzo de 2011, que fueron diagnosticados de patología de cualquier índole.

Se analizaran las hojas de atención 008 de 340 pacientes escogidos de forma aleatoria, del Hospital de Clínicas Pichincha y de 387 pacientes escogidos de forma aleatoria, del Hospital Carlos Andrade Marín, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para el estudio. La muestra descrita resulto del cálculo basado en la utilización del programa Epi Info, con un universo de pacientes de 2235 en el caso del Hospital de Clínicas Pichincha y de 63830 en el caso del Hospital Carlos Andrade Marín, con una significancia del 95%.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyen pacientes entre los 14 y los 65 años, de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen pacientes con patología psiquiátrica establecida, ya que la atención en emergencia de este tipo de paciente está limitada a la estabilización en casos severos e inmediata evaluación por la especialidad correspondiente.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información requerida para el estudio será recolectada por los autores, por medio de búsqueda directa de los documentos por selección accidental, aleatoria no probabilística.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información se describe en forma porcentual y se ha procesado en el programa de análisis epidemiológico y estadístico Epi Info.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Toda la información obtenida de las hojas de atención de emergencia (forma 008) fue únicamente utilizada en el cumplimiento estricto de los objetivos del estudio, respetando así los derechos del paciente.

RECURSOS UTILIZADOS

- Equipo de investigación
- Tutoría calificada de la investigación
- Respaldo y colaboración del personal de los centros seleccionados para la investigación

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

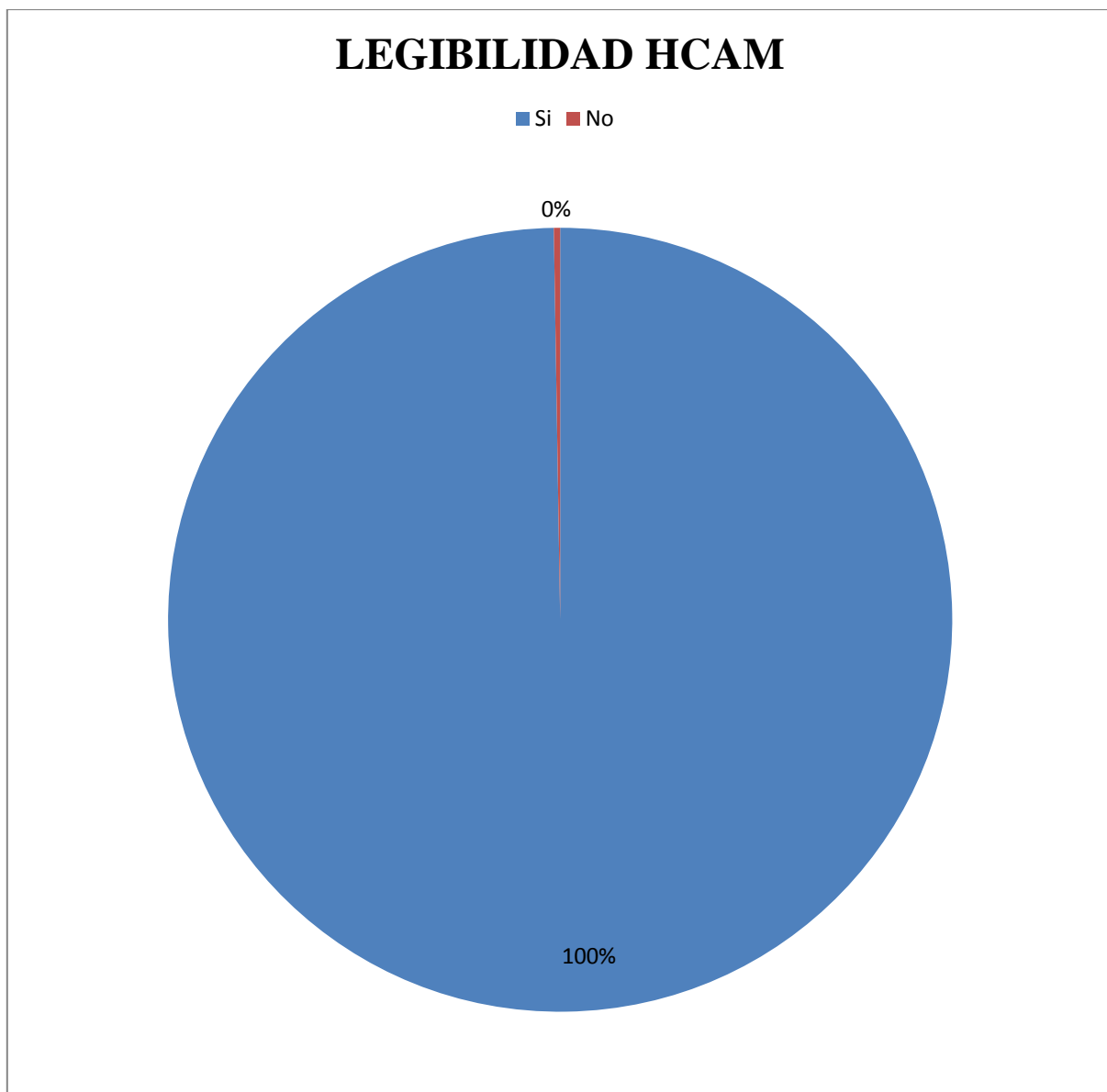
Tabla 1. Tabla descriptiva por Institución de Salud del estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.

VARIABLES	HCAM	HCP
Legibilidad	Si: 100% No: 0%	Si: 89.4% No: 10.5%
Coherencia de la redacción	Si: 95.8% No: 4.2%	Si: 91.1% No: 8.8%
Información completa	Si: 69.5% No: 30.5%	Si: 52.05% No: 47.9%
Hora de atención	D: 57.1% N: 42.9%	D: 70% N: 30%
Día de atención	L-V: 72% FS-F: 28%	L-V: 62.05% FS-F: 37.94%

Con la muestra estudiada se obtuvieron los siguientes resultados:

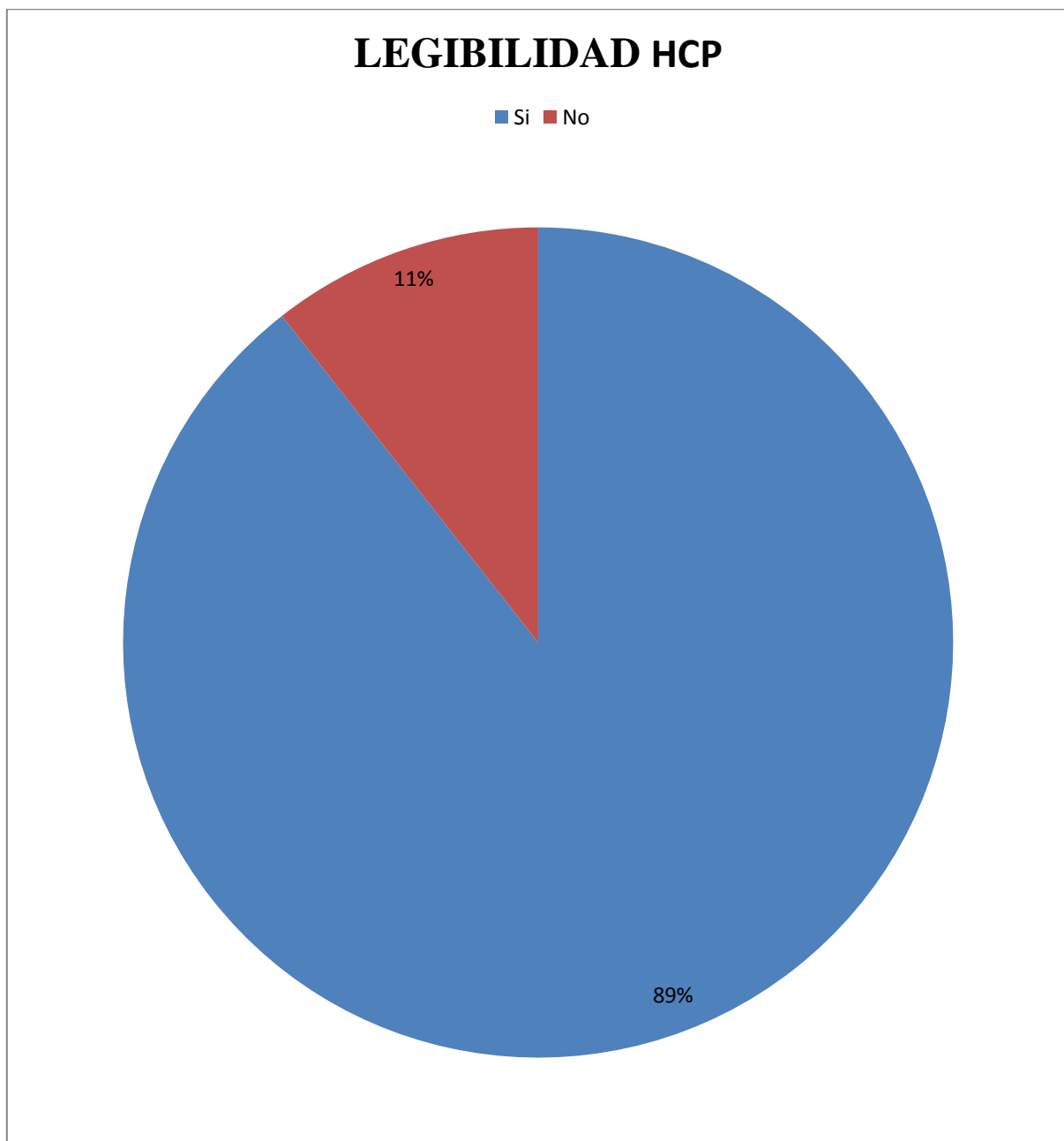
LEGIBILIDAD:

Figura 1. Legibilidad de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCAM, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



Las hojas de atención 008 del HCAM fueron legibles en el 100%.

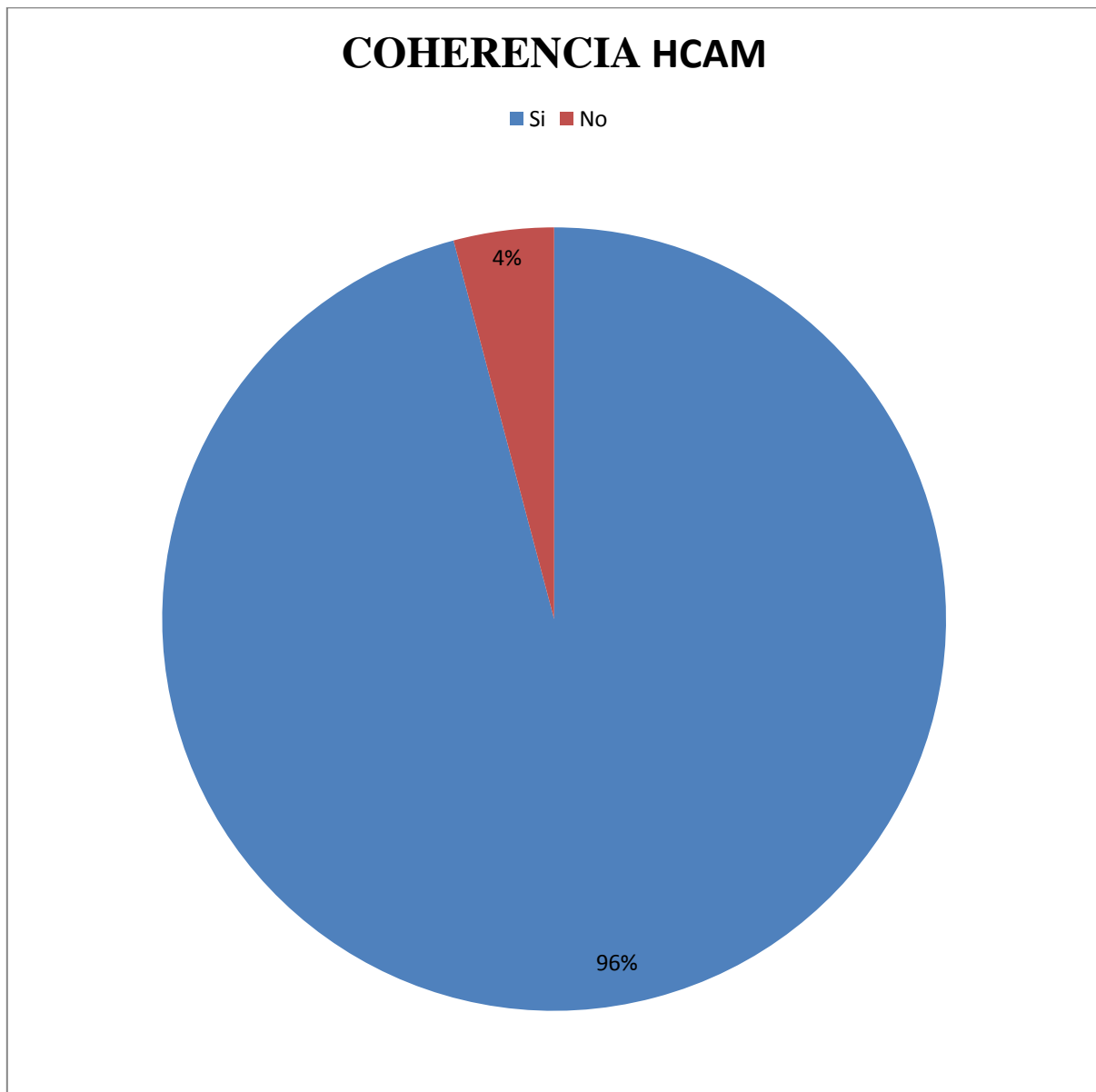
Figura 2. Legibilidad de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCP, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



Las hojas de atención 008 del HCP fueron legibles en el 89% e ilegibles en el 11%.

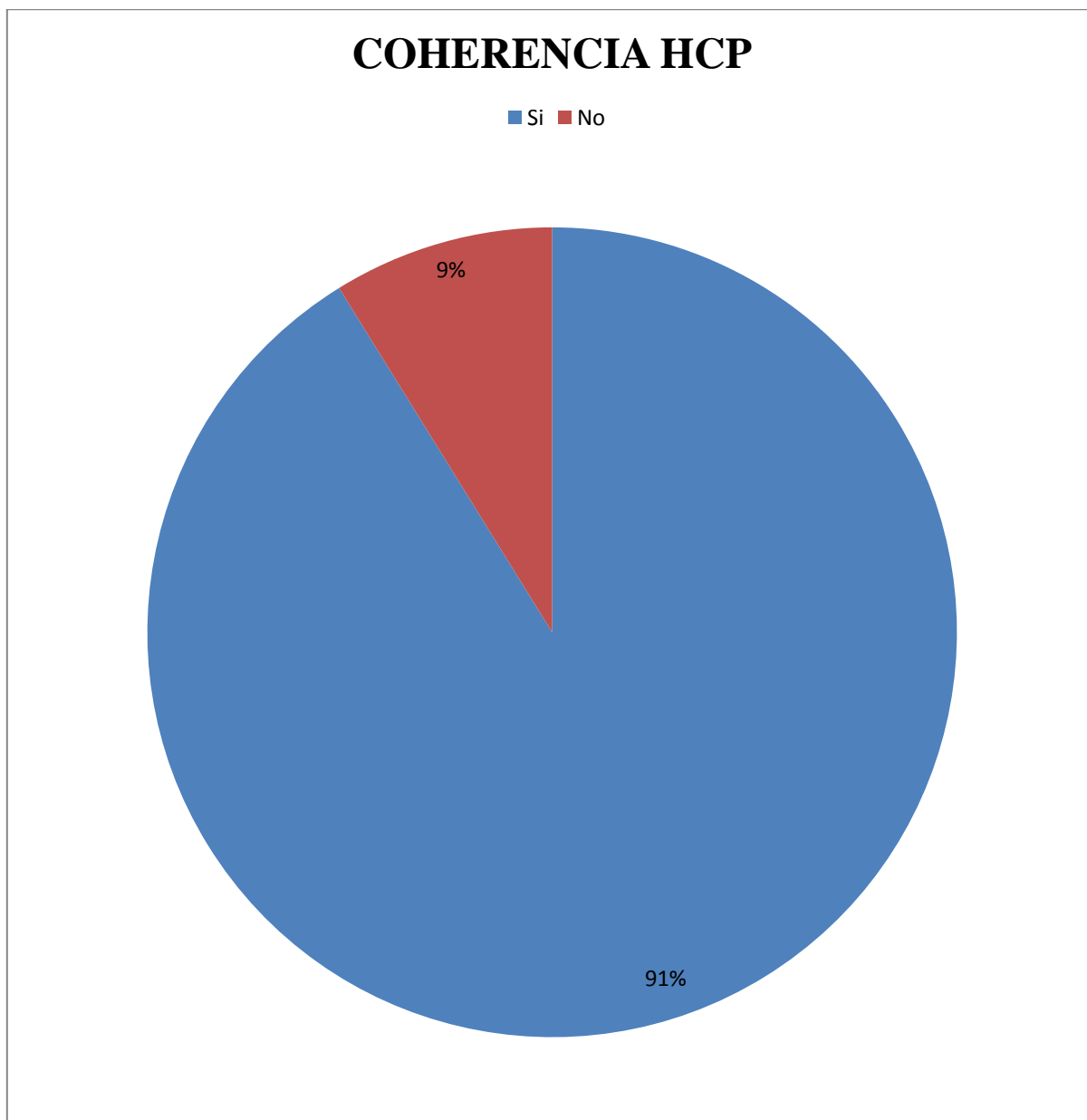
COHERENCIA

Figura 3. Coherencia de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCAM, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 96% de las hojas 008 del HCAM fueron coherentes en su contenido mientras que el 4% no lo fueron.

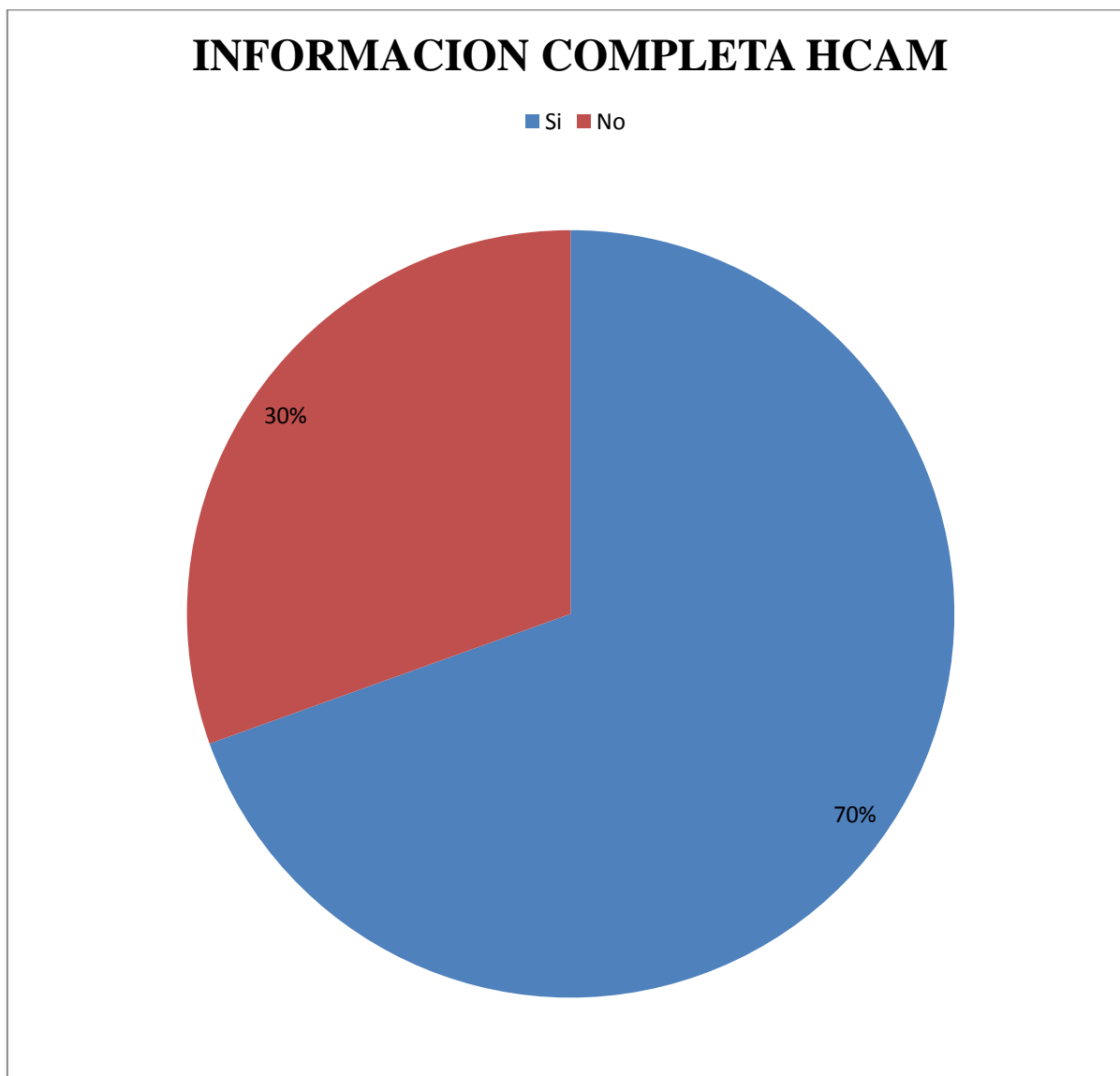
Figura 4. Coherencia de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCP, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 91% de las hojas 008 del HCP fueron coherentes en su contenido mientras que el 9% no lo fueron.

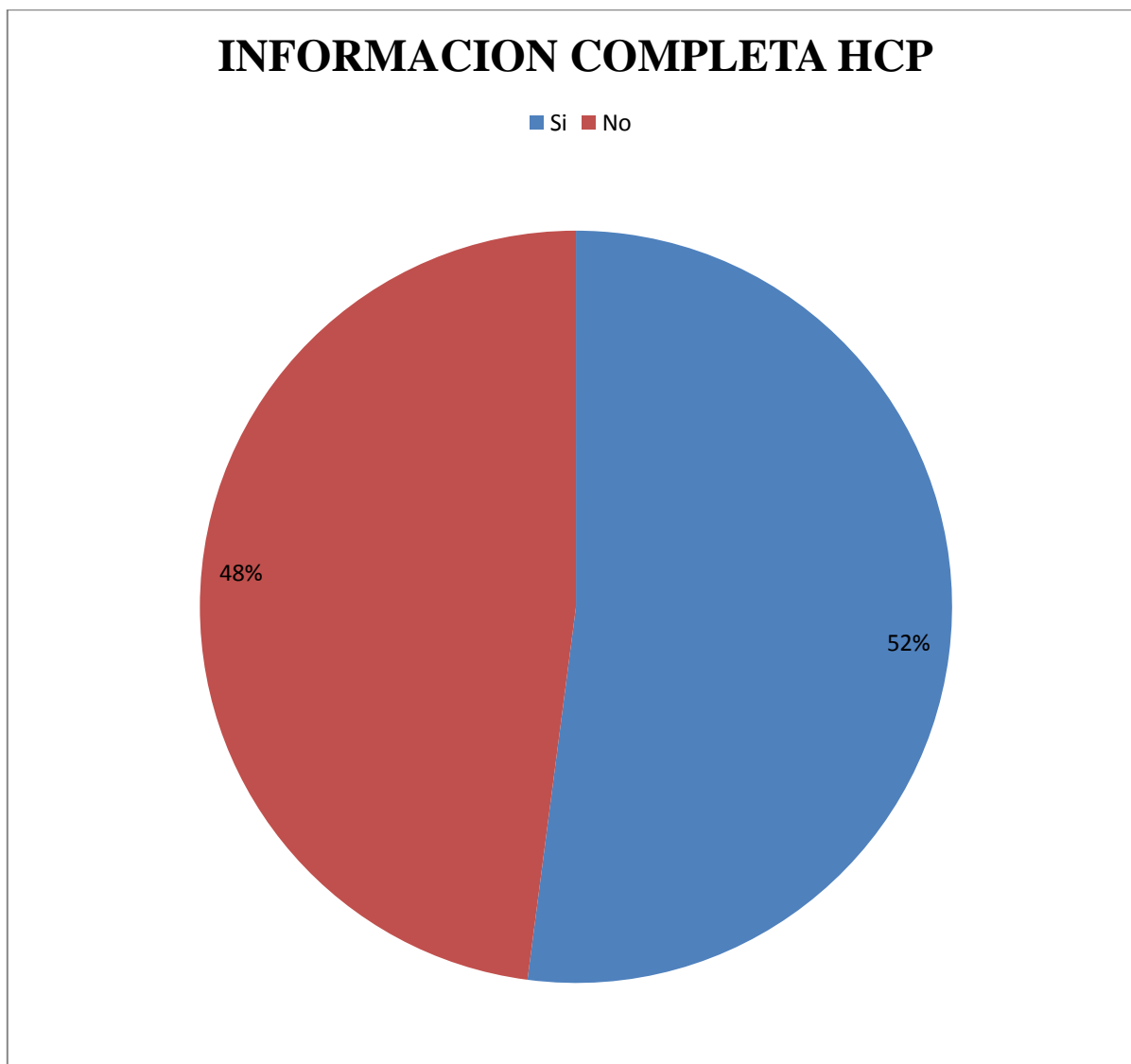
INFORMACION COMPLETA

Figura 5. Complementación de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCAM, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 70% de las hojas 008 del HCAM tuvieron la información completa, mientras que en el 30% fue incompleta.

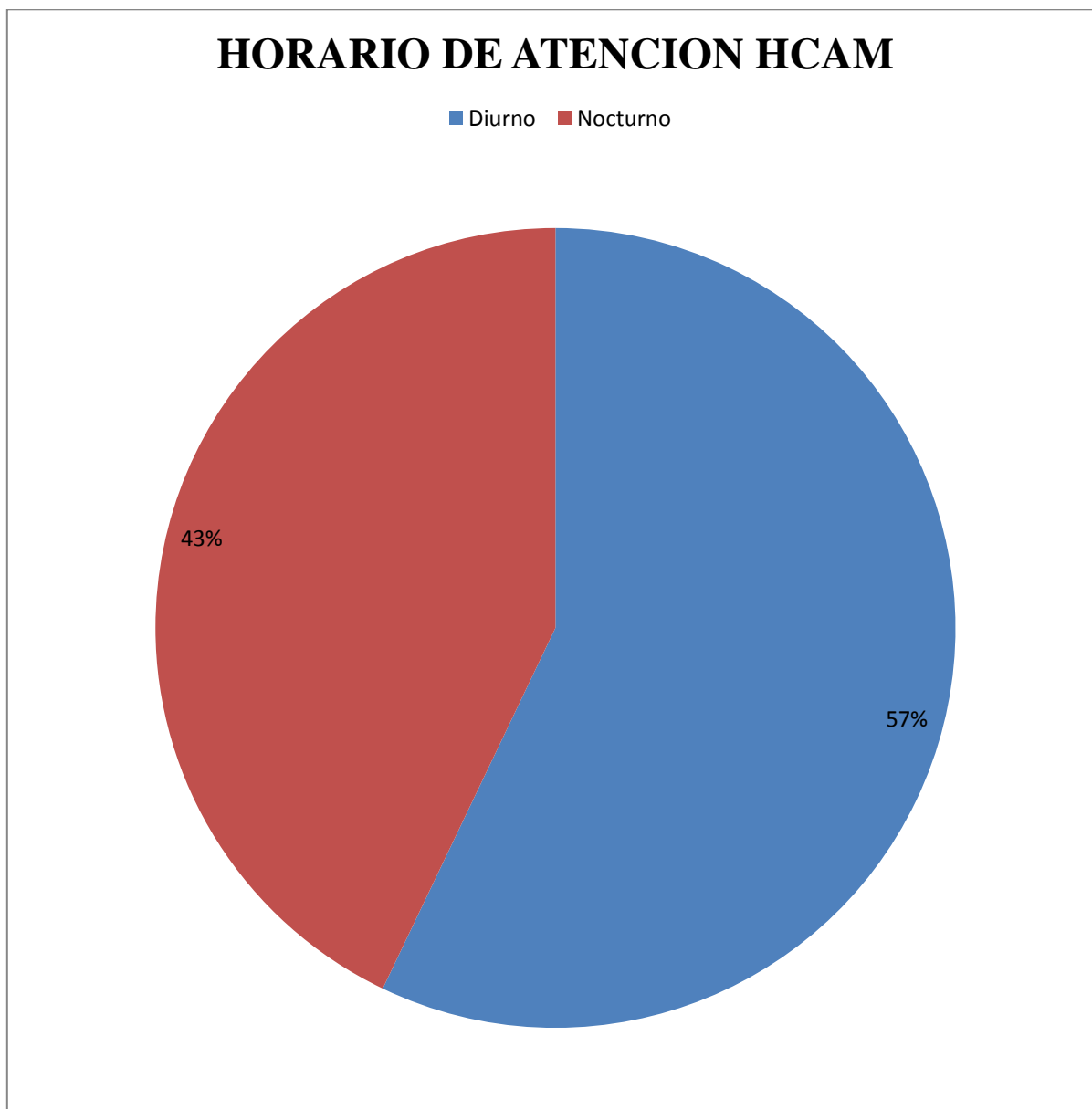
Figura 6. Complementación de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCP, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 52% de las hojas 008 del HCP tuvieron la información completa, mientras que en el 48% fue incompleta.

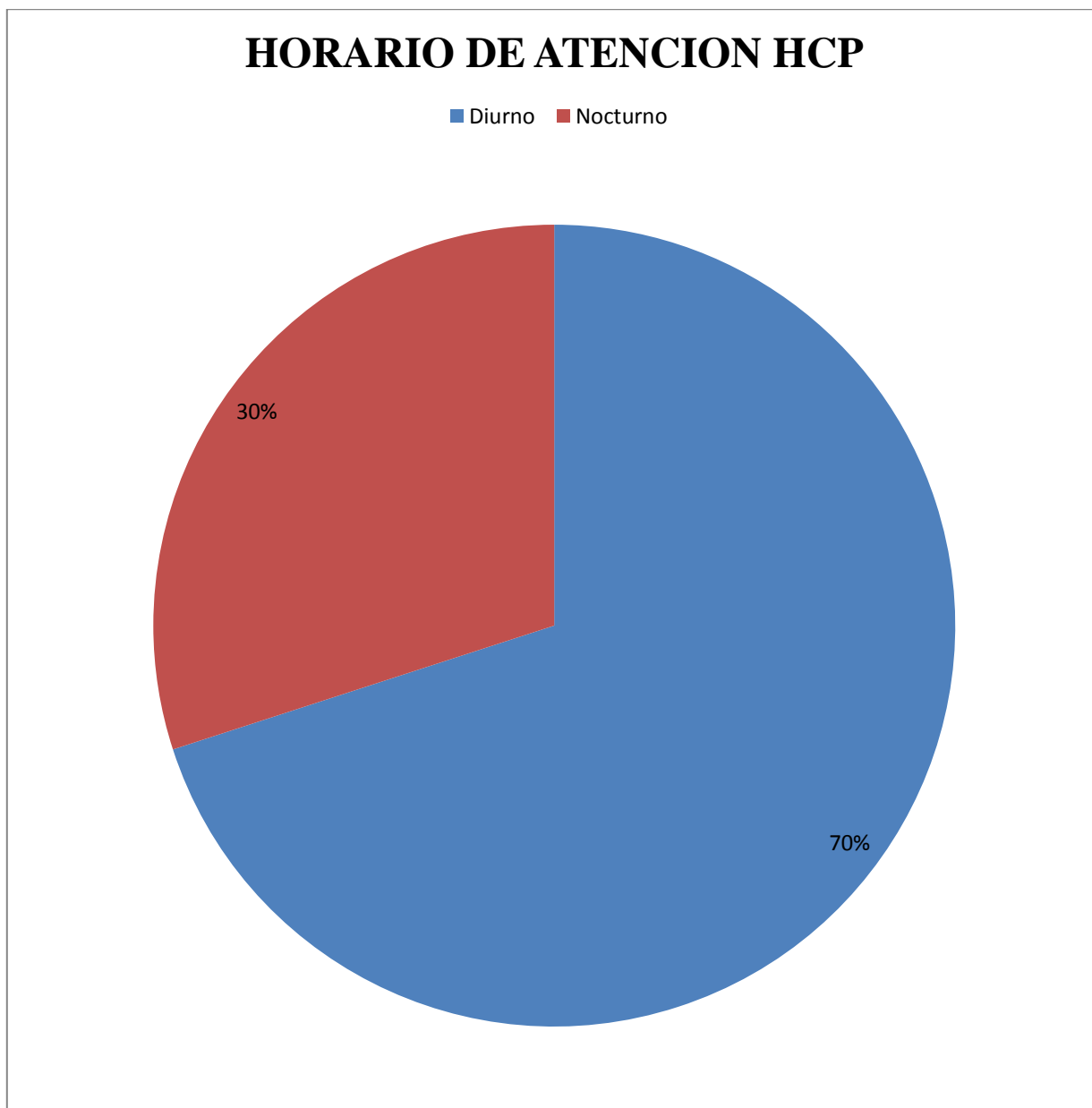
HORARIO DE ATENCION

Figura 7. Horario de atención en la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCAM, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 57% de atenciones en emergencia en el HCAM fue diurno, mientras que el 43% fue nocturno.

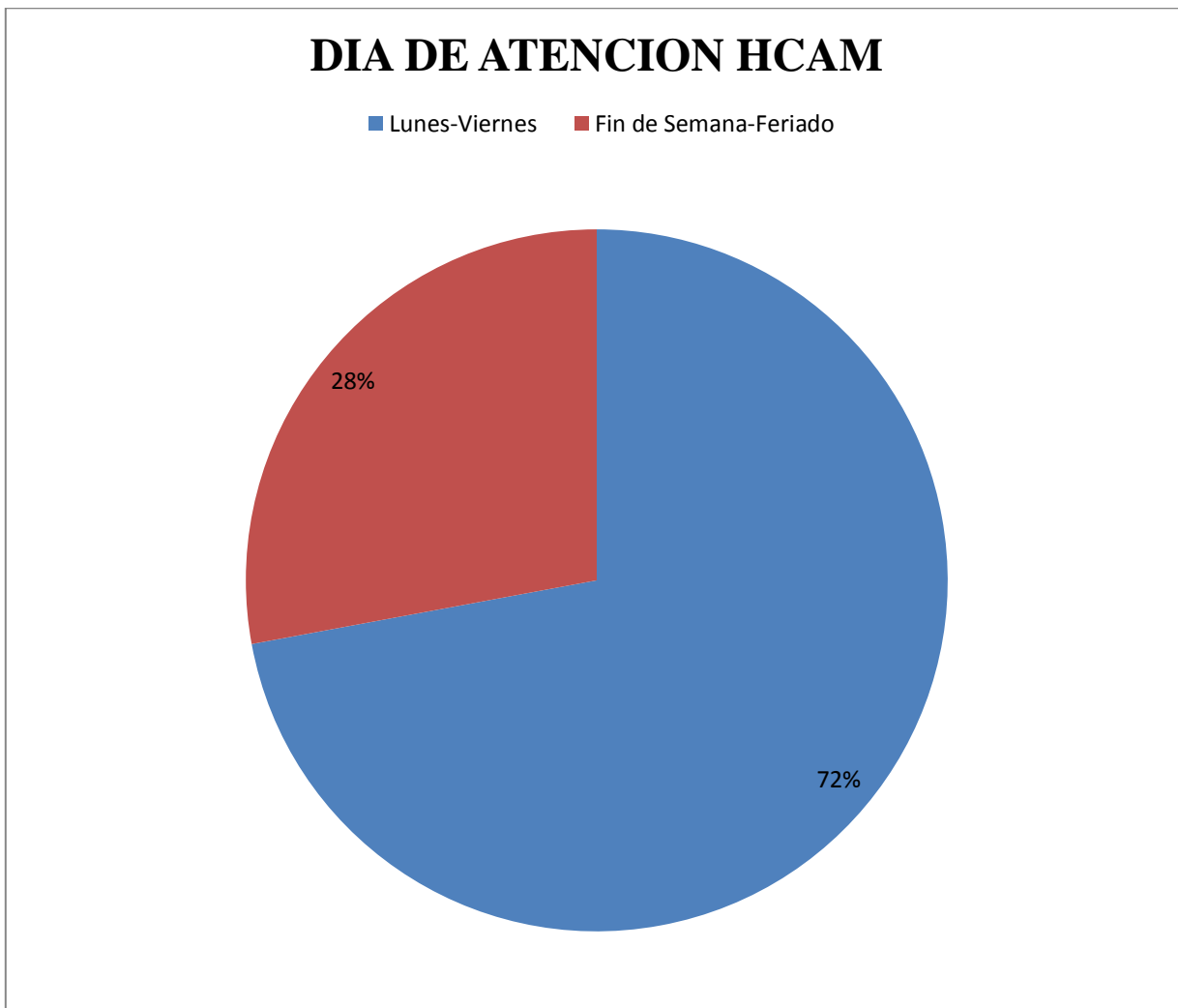
Figura 8. Horario de atención en la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCP, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 70% de atenciones en emergencia en el HCP fue diurno, mientras que el 30% fue nocturno.

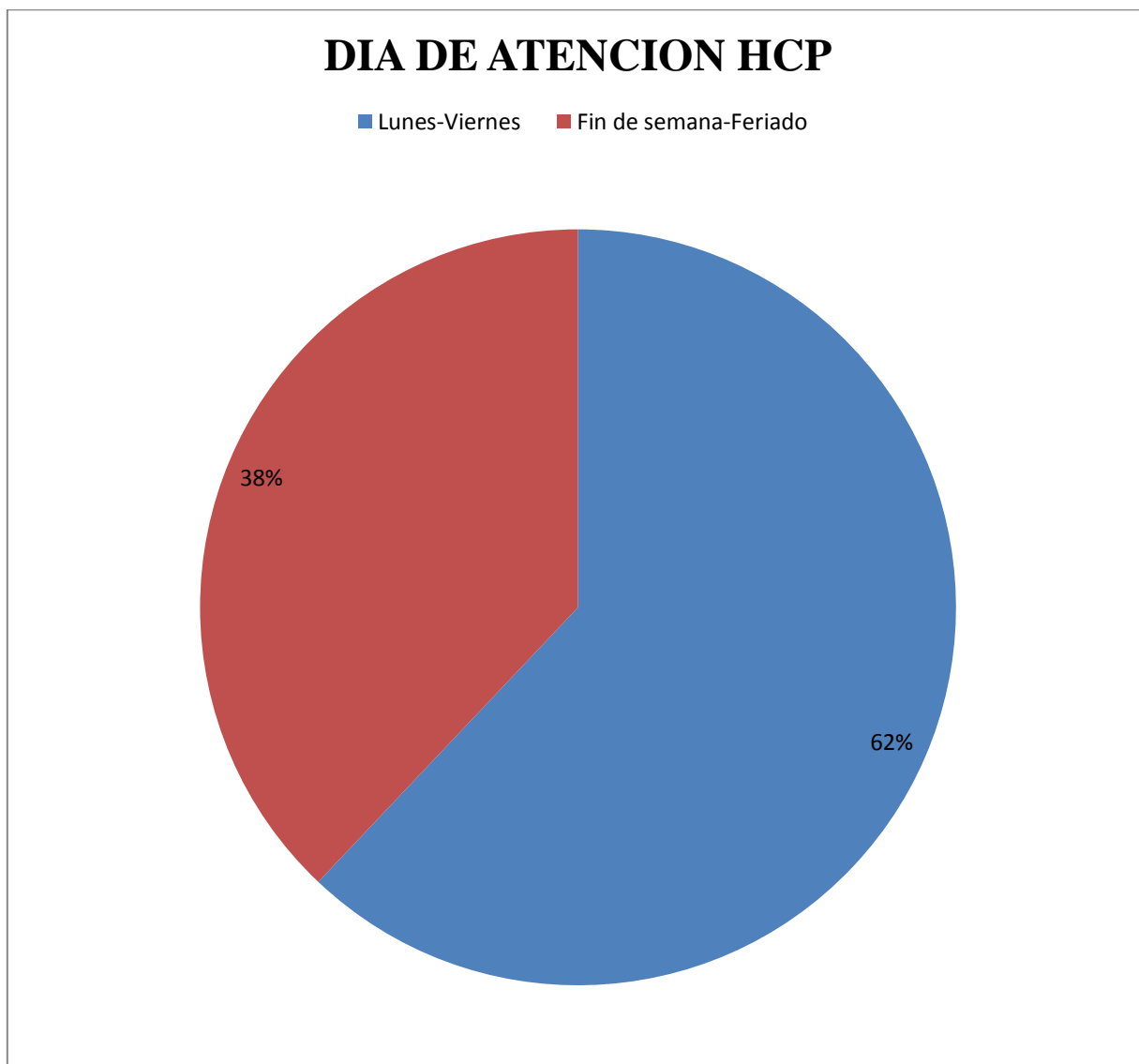
DIA DE ATENCION

Figura 9. Día de atención de la hoja de emergencia (forma 008), en el HCAM, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 72% de atenciones en emergencia del HCAM fueron durante los días laborables de la semana, mientras que el 28% de las mismas se llevo a cabo durante el fin de semana y/o días feriados.

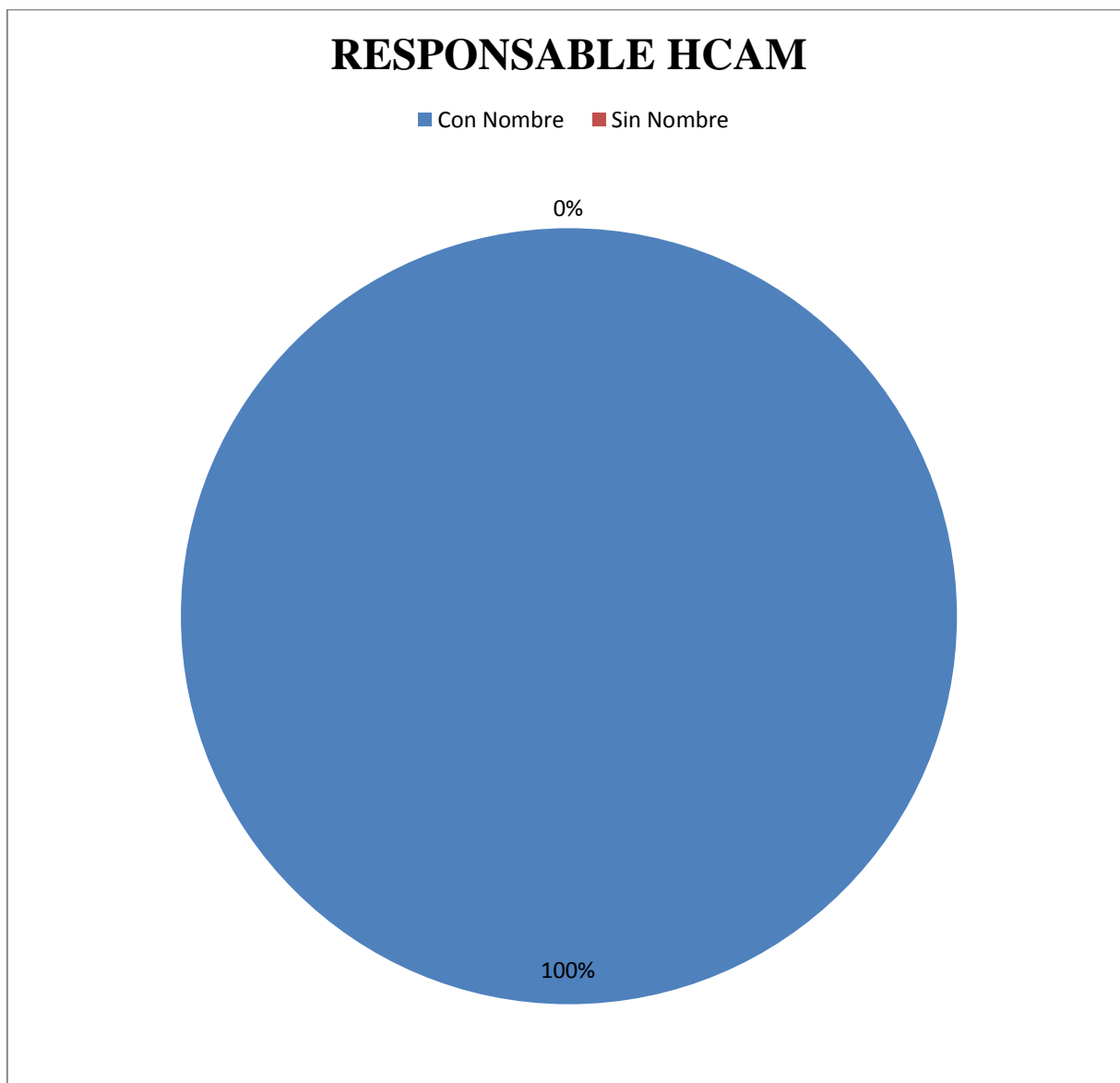
Figura 10. Día de atención de la hoja de emergencia (forma 008), en el HCP, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 62% de atenciones en emergencia del HCP fueron durante los días laborables de la semana, mientras que el 38% de las mismas se llevo a cabo durante el fin de semana y/o días feriados.

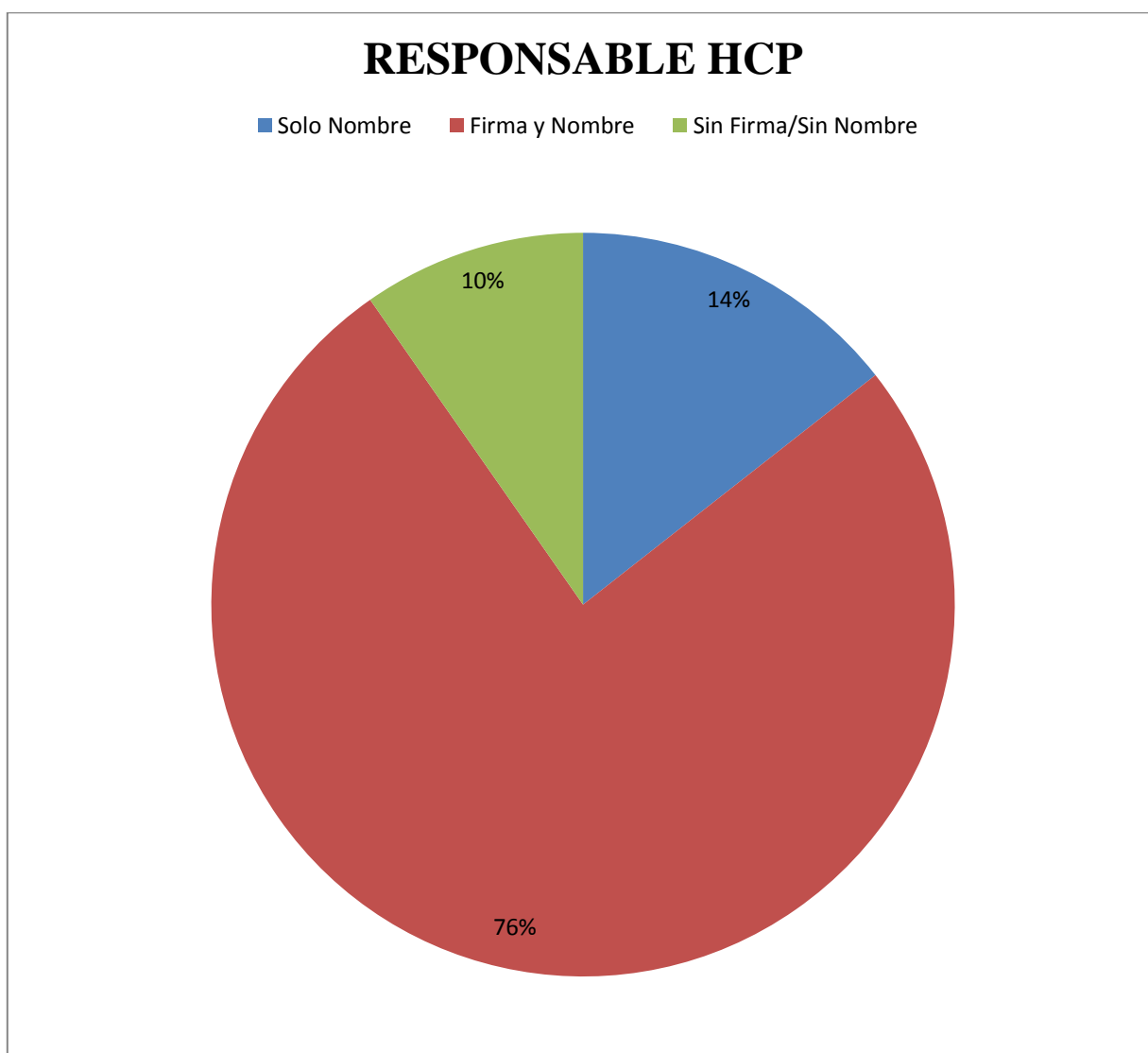
RESPONSABLE DE LA ATENCION

Figura 11. Responsable de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCAM, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 100% de hojas 008 del HCAM tuvieron constancia de responsabilidad.

Figura 12. Responsable de la hoja de atención de emergencia (forma 008), en el HCP, en el estudio: “Evaluación de la calidad de información recopilada en el documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencia del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito”, Quito 2012.



El 76% de hojas 008 del HCP tuvieron constancia de responsabilidad, mientras que el 14% solo tenían constancia del nombre del responsable y el 10% no poseían ni nombre ni firma de responsabilidad.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El hecho de contar con una historia clínica electrónica en el HCAM da como resultado una legibilidad del 100% de sus hojas 008, al contrario de lo que sucede en el HCP en donde esta característica está presente en un 89% de las hojas de atención en emergencia. Con estos datos debemos señalar también que, y no menos importante, una de cada 10 historias de atención en emergencia en el HCP no es legible, lo que representa un factor de riesgo al momento de utilizar esta información defectuosa como base medica o legal de una discusión de la naturaleza que se pretenda.

La coherencia de la redacción de la información plasmada en la hoja de atención en los servicios de emergencia de ambas instituciones investigadas no presenta diferencias significativas, deduciendo que una minoría de documentos presenta incoherencias en su redacción, quizás debido a la capacidad de síntesis de quienes manejaron estos documentos.

La información contenida en la hoja de atención 008 no es completa en ninguno de los dos casos, es decir que, tanto en la HCE como en la hoja de atención tradicional los porcentajes de información son alarmantemente deficientes. En el caso del HCAM 3 de cada 10 documentos están incompletos y en el caso del HCP la mitad de ellos no está completo.

Todo servicio de atención de emergencias está disponible al paciente durante las 24 horas del día, todos los días de la semana independientemente de si este sea un día laborable o se trate de uno festivo. Con esta premisa, los porcentajes encontrados en cuanto a la hora de atención y el día en que se realizó la misma son solamente informativos, pero servirían como datos iniciales en una futura investigación cuyo fin podría demostrar alguna relación con las falencias de los dos tipos de documento, electrónico y tradicional.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

A pesar de las falencias que se presentan en la historia clínica tradicional (hoja 008) al momento de completar su contenido en la sala de emergencias, esta sigue siendo la herramienta más importante en la atención al paciente, ya que es el único documento que tiene validez, tanto desde el punto de vista médico como desde el aspecto legal.

La historia clínica electrónica aun no se ha regularizado ni normatizado por lo cual debe considerarse un documento experimental con lo cual deja pendiente su validez legal, convirtiéndose así en un problema por resolver en nuestro medio.

Cabe destacar que dentro de la evaluación de las hojas 008, la legibilidad es la variable en la que encontramos mayor diferencia entre la historia electrónica y la tradicional, tomando en cuenta que contar con una información comprensible en el 100% contribuye una adecuada interpretación de la información.

La posibilidad de manejar una historia clínica simplificada en el servicio de emergencias mejoraría todos los aspectos de atención al paciente, ya que al reducir el tiempo de trabajo administrativo en una área crítica, se optimiza el trabajo técnico o médico, lo que daría como resultado mejores niveles de calidad en la atención.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

Con el firme deseo, de que este aporte dé la pauta y sólo sea el inicio de una cadena de trabajos que abarquen temas tan importantes desde todos los tiempos, como son aquellos dedicados a investigar la esencia humana de la relación médico-paciente, podemos tomarnos la libertad de hacer las siguientes recomendaciones:

- 1.- Concientizar al personal de salud sobre la importancia del llenado completo, objetivo y comprensible de la hoja 008.
- 2.- Difundir el uso de la historia clínica electrónica como un formato estándar que no permita obviar ningún espacio en el llenado de la hoja de atención de emergencias.
- 3.- Proponer una revisión de la historia clínica usada actualmente en los servicios de emergencia con el propósito de simplificarla sin perder el poder informativo que esta debe tener.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Historia clínica: Enciclopedia Libre Universal en Español [sitio en Internet].
Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Historia_cl%EDnica
2. Laín Entralgo P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela, 1998.
3. Torralba V. Estandarización de la historia clínica electrónica [sitio en Internet]. 2004.
Disponible en:
<http://greco.dit.upm.es/tomas/cursos/isi/trabajos/2003/vtorralba.pdf>
4. 4. Rey RN, Rinesi AJ. Fichas médicas e historia clínica [monografía en Internet].
Disponible en:
<http://www.justiciachaco.gov.ar/ponencias/ficha%20medica%20e%20historia%20cl%c3%8dnica%20-rinesi-rey.doc>
5. Gala López B. Salud, proposición de un diseño y premisa teórica de una historia clínica computarizada para la atención hospitalaria. Rev Cubana Educ Med Sup 1999;13(1):46-55.
Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems07199.htm
6. Manzotti M, Segarra G, González A, Waksman D, Díaz M. ESTRATEGIAS DURANTE LA IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO MEDICO ELECTRONICO EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD, Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, 2005.
7. Weed, L.L., *Medical records that guide and teach*. N Engl J Med, 1968. **278**(11): p. 593-600.
8. Gardner RM, Sitting DF, Clemmer TP. Computadoras en la Unidad de Terapia Intensiva: Una asociación necesaria. En: Ayres SM, Grenvik A, Holbrook PR, Shoemaker WC. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996 p 1757-69.

9. Dick RS, Steen EB, eds. The Computer-Based Patient Record. An Essential Technology for Health Care. Washington DC: National Academy Press, 1997 (second ed): 128-36.
10. El Tribunal de Cuentas Denuncia que Hospitales Guardan Las Historias Clínicas Dispersas y en Condiciones Precarias. Junio-2003. Disponible En:
<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias.ext.phpidreg1899>.
11. Moorman P. W., Van Der Lei J. An Inventory of Publications on Computer-Based Medical Records: An Update. *Methods Inf Med* 2003; 42: 199-202.
12. Engelbrecht R. Knowledge for Health. Integrating EHR and Knowledge for Better Health Care. Status of the Eol and Work Items. EUROREC 2002. Berlin. 13-14 December. Disponible En:
http://www.eurorec.net/EUROREC_2002_presentations.html.
13. Gala López B. L. Salud, Proposición de Un Diseño y Premisas Teóricas de Una Historia Clínica Computarizada Para la Atención Hospitalaria. *Rev Cub Informat Med* 2001;1. Disponible En:
http://www.cecam.sld.cu/pages/rcim/revista_3/articulos_html/articulo_boris.htm.
14. Hassey A., Gerrett D., Wilson A. A Survey of Validity and Utility of Electronic Patient Records in a General Practice. *BMJ* 2001;322:1401-5.
15. Van Ginneken AM, Moorman PW. The Patient Record. En: Van Bemmelen JH, Musen MA, Eds. *Handbook of Medical Informatics*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997: 99-115.
16. Augenstein JS. Computarización: Soluciones de Problemas en el Ingreso, la Manipulación y el Almacenamiento de Datos de la Unidad de Terapia Intensiva. En: Ayres SM, Grenvik A, Holbrook PR, Shoemaker WC. *Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 3ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996 p 1770-77.
17. Lovesio C, Carola Valenti M. Informática en Terapia Intensiva. En: Lovesio C. *Medicina Intensiva*. 5ª Ed. El Ateneo; 2000. p. 9-15.
18. Kohane IS. Computer-Based Patient Record. En: Van Bemmelen JH, McCray AT, eds. *IMIA Yearbook of Medical Informatics* 98. Stuttgart, New York: Schattauer, 1999: 227-29.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Lanza José Luis. LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA: IDEAS, EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES, La Habana, Cuba, Acimed 2005; 13(5).
2. Arellano Rodríguez Madelein. HACIA UNA HISTORIA MEDICA ELECTRONICA, ENTRE LO LEGAL Y LO ETICO, Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento, 2008, 5 (1), 79-98.
3. Busca P, Marrón R. LA INFORMATIZACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS, An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 69-76
4. Carpintero Escudero J.M, F.J. Ochoa Gómez y cols. GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS COMO INDICADORES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, Emergencias Vol. 9, Núm. 1, Enero-Febrero 1997
5. De Miguel Manzano B, M. Santiago Guervós, B. Candía, A. Blanco Hernández, D. Muñoz Alvares, M. T. Martín Jiménez, J. Jiménez Sierra, T. González Jiménez, C. Rodríguez Muñoz. LA HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS. UN PARAMETRO DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA, Emergencias. Vol. 9, Núm. 1, Enero-Febrero 1997
6. De Mul M, Berg M. COMPLETENESS OF MEDICAL RECORDS IN EMERGENCY TRAUMA CARE AND AN IT-BASED STRATEGY FOR IMPROVEMENT, Med Inform Internet Med. 2007 Jun;32(2):157-67
7. Gil Cebrian J, López Alvaro J, Díaz-Alersi Rosety R, Rodríguez Yánez J. C, Cabrera Santos A, Ruiz-Cabello Jiménez M.A. LA RED INTERNET EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS, Emergencias. Volumen 8, Numero 6, Noviembre-Diciembre 1996. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.
8. Gómez Jiménez J, J. Faura, L. Burgués, S. Pámies. GESTION CLINICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: INDICADORES DE CALIDAD, BENCHMARKING Y ANALISIS DE LA CASUISTICA (CASE MIX), Gestión Hospitalaria 2004;15(1):3-12

9. Gómez Sánchez Alberto, Parellada Blanco Jaime, López Palomares Mercedes, Morejon Danilo, VALIDACION DE UNA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA PARA PAQCIENTES GRAVES, Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2007; 6(2):721-738
10. González Bernardo de Quiroz Fernán, et al, MIGRACION A PLATAFORMA WEB DE UNA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina
11. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. INDICADORES DE CALIDAD, Emergencias 2001;13:60-65, España
12. Hurvitz Marcos, Lovato Claudia, Mónica Pezzella, Gustavo Piñero. HISTORIA CLINICA ELECTRONICA, LA HISTORIA QUE APENAS COMIENZA, Revista de la Asociación de Coloproctología del Sur, 98-151, 2008.
13. Mann R, Williams J. STANDARDS IN MEDICAL RECORD KEEPING, Clin Med. 2003 Jul-Aug;3(4):329-32
14. Manzotti M, Segarra G, González A, Waksman D, Díaz M. ESTRATEGIAS DURANTE LA IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO MEDICO ELECTRONICO EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD, Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, 2005.
15. Manzotti M, Segarra G, González A, Waksman D, Díaz M. INFORMATIZACION DE LA ACTIVIDAD MEDICA ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD EN ARGENTINA, Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, 2005.
16. Martínez Hernández Juan. HISTORIA CLINICA, Cuad. Bioét. XVII, 2006/1^a
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. EXPEDIENTE UNICO PARA LA HISTORIA CLINICA. Consejo Nacional de Salud. 4ta edición. Agosto 2007.
18. Ministerio de Salud Pública. ACUERDO MINISTERIAL No. 000138 del 14 de Marzo de 2008.
19. Monteagudo J. L, Serrano L, Hernández Salvador C, LA TELEMEDICINA: ¿CIENCIA O FICCION?, An. Sist. Sant. Navar. 2010; 33 (Supl. I):69-76
20. Reig Pérez Mónica, Monteagudo Peña José Luis, Julio Moreno González, Juan Reig Redondo. NUEVOS ENTORNOS DE TRABAJO E HISTORIA DE SALUD ELECTRONICA, Inforsalud 2003, Sevilla, España.

21. Riondet Beatriz. EVALUACIÓN ESTADÍSTICA DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS GRAL. SAN MARTÍN DE LA PLATA, Universidad Nacional de la Plata, Argentina, Diciembre 2007
22. Rodríguez Almada Hugo, Mario de Pena. HISTORIA CLINICA: ENFOQUE MEDICOLEGAL DESDE LA NORMATIVA VIGENTE EN URUGUAY, Montevideo, Uruguay, 2000.
23. Soler W, Gómez Muñoz M, E. Braquiat, A. Álvarez. EL TRIAJE: HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS, An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 55-68
24. Laín Entralgo P. Historia clínica. En: Patología General. Barcelona: Toray, 1971. 1381-95.

ANEXOS